



FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVOS PACIENTES

Como centro de atención médica calificado a nivel federal, la Oficina de Atención Primaria de Salud nos exige recopilar datos de todos nuestros pacientes anualmente. Missouri Highlands Health Care no discrimina por edad, sexo, raza, credo, estado civil, religión, origen nacional, discapacidad, orientación sexual, condición de beneficiario de asistencia pública ni antecedentes penales.

IDENTIFICACIÓN Y DATOS DE CONTACTO DEL PACIENTE (Por favor, escriba en letra de imprenta)

Nombre completo del paciente:

Sexo legal: ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de nacimiento:

Número de Seguro

Social:

Dirección residencial:

Dirección postal: ☐ La misma

Ciudad:

Estado: Código postal

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Marque la casilla junto al número al que prefiere que le llamen primero.

Teléfono fijo: ☐

Teléfono móvil: ☐

Teléfono alternativo:

Dirección de correo electrónico del paciente

Método de comunicación preferido: ☐ Llamada telefónica, ☐ Mensaje de texto, ☐ Correo electrónico, ☐ Carta, ☐ Portal

Missouri Highlands Health Care cuenta con recursos para ayudar a los pacientes que puedan necesitar asistencia auditiva, visual o lingüística. Si necesita este tipo de asistencia, por favor, indique qué tipo de ayuda requiere.

☐ de ayudas visuales ☐ en lengua de señas ☐ para (indique el idioma)

INFORMACIÓN DE CONTACTO Y DEL TUTOR (si el paciente es menor de 17 años)

El contacto que aparece a continuación es: ☐ Padre/Madre con custodia ☐ Tutor legal ☐ Cuidador ☐ No aplica

Nombre del tutor:

Correo electrónico del tutor:

Teléfono fijo: ☐ Igual que

el teléfono móvil del paciente:



FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVOS PACIENTES

Relación: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Padre adoptivo

☐ Abuelo/a Tía/Tío ☐ Hermano ☐ / ☐ a Otro (especifique) _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____

Teléfono fijo: _____

Teléfono móvil: _____

Relación: ☐ Cónyuge, ☐ Padre/Madre ☐ , Hijo/a ☐ , Hermano /a, ☐ Amigo/a , Primo/ ☐ a, Tutor ☐ /a

☐ Otro _____

PARIENTE MÁS CERCANO

Nombre: _____

Teléfono: _____

Parentesco: ☐ Cónyuge ☐

Padre/Madre ☐ Hijo/a

☐ Hermano/a Amigo/ ☐ a Primo ☐ /a ☐

Otro/a _____

DEMOGRAFÍA

Idioma principal : ☐ inglés, ☐ español, ☐ otro (especificar) _____

Raza (marque todas las que correspondan): ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Indígena americano/Nativo de Alaska

☐ asiático ☐ Hawaiano ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Se niega a responder

Etnia : ☐ Hispano/Latino ☐ No hispano/latino

Estado civil : ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Pareja

PCP : _____ **Número de teléfono del PCP :** _____

Trabajo agrícola (usted o un miembro de su familia): Esto incluye trabajos en la producción de cultivos, producción animal, acuicultura, silvicultura, pesca o trabajos de apoyo como plantar, cosechar, alimentar, clasificar y cuidar animales de granja o cultivos.

☐ Trabajo agrícola migratorio actual o en los últimos 2 años y haberse mudado de su lugar de residencia para realizar este trabajo.

☐ Trabajador agrícola de temporada durante los últimos 2 años, pero que NO se mudó de su domicilio para realizar este trabajo.

☐ Ex trabajador agrícola migratorio (anciano o discapacitado) dejó de trabajar debido a la edad o discapacidad.

☐ Ninguna de las anteriores se aplica



FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVOS PACIENTES

Empleo: Empleador _____ Puesto _____ Teléfono del trabajo _____

Situación laboral: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo ☐ parcial ☐ Desempleado ☐ Jubilado ☐ Estudiante

Ocupación: _____

Tamaño del hogar y rango de ingresos anuales: Marque el tamaño del hogar **y LUEGO** rodee con un círculo el rango de ingresos anuales en la línea que aparece junto al tamaño del hogar que ha seleccionado.

Rango de ingresos anuales según el tamaño del hogar

☐ 1		\$0-15,960	\$15,961-21,227	\$21,228-26,494	\$26,495-31,920	\$31,921+
☐ 2		\$0-21.640	\$21.641-28.781	\$28.782-35.922	\$35.923-43.280	\$43.281+
☐ 3		\$0-27,320	\$27,321-36,336	\$36,337-45,351	\$45,352-54,640	\$54,641+
☐ 4		\$0-33.000	\$33.001-43.890	\$43.891-54.780	\$54.781-66.000	\$66.001+
☐ 5		\$0-38.680	\$38.681-51.444	\$51.445-64.209	\$64.210-77.360	\$77.361+
☐ 6		\$0-44,360	\$44,361-58,999	\$59,000-73,638	\$73,639-88,720	\$88,721+
☐ 7		\$0-50.040	\$50.041-66.553	\$66.554-83.066	\$83.067-100.080	\$100.081+
☐ 8		\$0-55.720	\$55.721-74.108	\$74.109-92.495	\$92.496-111.440	\$111.441+

Situación de vivienda: ☐ No está sin hogar. ☐ Alojamiento compartido (alojamiento temporal con otras personas). ☐ Albergue para personas sin hogar.

☐ Vivienda pública (Viviendas para personas mayores/HUD) ☐ Vivir en la calle (Vivir al aire libre, en un coche, en un refugio improvisado)

☐ Transitorio (sin vivienda permanente/de un lugar a otro) ☐ Otro (Hoteles/Moteles)

Veterano: ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

INFORMACIÓN DEL GARANTE (a quien se enviarán los estados de cuenta)

Relación del garante con el paciente: ☐ Paciente/Yo mismo ☐ Hijo ☐ Cónyuge ☐ Otro (Especifique _____)

Nombre completo del garante: _____ Fecha de nacimiento del garante: _____

Dirección postal del garante: ☐ La misma que la del paciente.

Ciudad	Estado	Código postal
Número de Seguro Social del garante electrónico del garante	Teléfono del garante	Correo

Farmacia preferida: _____

Ubicación: _____



FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVOS PACIENTES

SEGURO MÉDICO DEL PACIENTE ☐ Marque esta casilla si no tiene seguro médico (Si marca esta casilla, un representante de MHHC se pondrá en contacto con usted antes de su visita).

Relación con el asegurado: ☐ Paciente/Yo mismo ☐ Hijo ☐ Cónyuge ☐ Otro

(Especificar) _____

Número de identificación de miembro/póliza: _____ Número de grupo _____

Nombre del _____

asegurado: _____

Compañía de seguros: _____



FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVOS PACIENTES
AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
MÉDICA

Entiendo que mis familiares o amigos pueden hacerme preguntas sobre mi estado de salud por teléfono o en persona. También entiendo que constituye una violación de la confidencialidad médico-paciente que cualquier miembro de mi equipo médico divulgue mi información médica a terceros sin mi consentimiento expreso por escrito. Al firmar este formulario, autorizo a Missouri Highlands Health Care a compartir mi información médica con las personas que se indican a continuación.

Reconozco que, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), puedo limitar la cantidad de información que autorizo a divulgar. Es mi deseo expreso que se divulgue TODA la información médica. Si hay alguna información que no deseo proporcionar, la indicaré a continuación:

Personas a las que autorizo a recibir mi información médica:

Nombre:	Teléfono:	Parentesco:
Fecha de nacimiento:		

Nombre:	Teléfono:	Parentesco:	Fecha
de nacimiento:			

Firma del paciente/representante del paciente

Fecha

Firma del testigo de MHHC

Fecha



**FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVOS PACIENTES
AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE SURESCRIPTS**

Yo, o mi representante autorizado, solicito que se divulgue la información de salud relativa a mi atención y tratamiento según lo establecido en este formulario. De conformidad con la ley del estado de Missouri y la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), entiendo que:

1. BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE utiliza Surescripts, Inc., un sistema de prescripción que permite el intercambio de recetas e información relacionada entre mi equipo médico y la farmacia. La información que se envía entre estos sistemas puede incluir detalles de todos los medicamentos recetados que estoy tomando actualmente o que he tomado en el pasado. Esta información será utilizada por BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE.
2. Esta autorización puede incluir la divulgación de información sobre recetas relacionada con el abuso de alcohol y drogas, el tratamiento de salud mental y/o información confidencial relacionada con el VIH por parte de SureScripts, Inc. a BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE.
3. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE. Entiendo que puedo revocar esta autorización, salvo en la medida en que ya se haya tomado alguna medida basada en ella.
4. La firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a mi autorización de esta divulgación.
5. La información divulgada bajo esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario, y esta divulgación nuevamente podría dejar de estar protegida por la ley estatal o federal.
6. Esta autorización vence un año después de la fecha de mi firma a continuación.
7. ESTA AUTORIZACIÓN NO AUTORIZA A BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE A DISCUTIR MI INFORMACIÓN DE SALUD O MI ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE QUE NO ESTÉ PERMITIDO POR LA LEY APLICABLE.

Nombre impreso del paciente

Firma del paciente/representante del paciente

Fecha

Firma del testigo de MHHC

Fecha



**FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVOS PACIENTES
CONSENTIMIENTO, AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE MISSOURI
HIGHLANDS HEALTH CARE**

Consentimiento para el tratamiento: Por la presente, autorizo a Missouri Highlands Health Care ("MHHC") a realizar los procedimientos y tratamientos necesarios para mi atención integral o la de una persona a mi cargo de la que soy legalmente responsable.

Autorización y divulgación: Autorizo a MHHC a divulgar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen proporcionado a mí o a mi dependiente durante el período de dicha atención médica, a terceros pagadores y/o profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente a MHHC cualquier beneficio de seguro que de otro modo me correspondería. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real por los servicios. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios proporcionados en mi nombre o en el de mis dependientes. Si el saldo de mi cuenta se envía a una agencia externa para su cobranza, soy responsable de los cargos de cobranza que deba pagarse a dicha agencia. Autorizo a mi equipo de atención médica a realizar cualquier tratamiento, administración de medicamentos y/o terapia que pueda estar indicado en relación con mi atención o la de mi dependiente. Entiendo que antes del tratamiento, el personal proporcionará una explicación completa del/los procedimiento(s) involucrado(s).

Derechos y responsabilidades del paciente: Reconozco que MHHC me ha facilitado una copia de sus Derechos y responsabilidades del paciente, y estoy al tanto de los derechos y responsabilidades que me corresponden según dicho documento.

Consentimiento para el uso de fotografías: Acepto que un miembro del personal de MHHC me tome fotografías a mí o a mi dependiente. Las fotografías se utilizarán para el historial médico y para ayudar a prevenir el robo de identidad. Todas las fotografías son estrictamente privadas y la identidad del paciente no se revelará a nadie fuera de MHHC, a menos que lo exija la ley.

Acerca de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad: Nos comprometemos a proteger su información personal de salud de conformidad con la ley. La ley nos exige entregarle una copia de este aviso y obtener su confirmación por escrito de que la ha recibido. Si elige recibir información de MHHC por correo electrónico (por ejemplo, recordatorios de citas), se enviará a través de un servidor seguro. Sin embargo, usted será responsable de la protección de dicha información una vez que salga de nuestro servidor.

• **Recaudación de fondos :** A menos que nos indique lo contrario, utilizaremos su nombre y dirección para apoyar nuestras iniciativas de recaudación de fondos. Si no desea participar en dichas iniciativas, marque la siguiente casilla: ☐ No utilice mi información para fines de recaudación de fondos.

• **Marketing:** A menos que nos indique lo contrario, utilizaremos su nombre y dirección para actividades de marketing, con el fin de proporcionarle información sobre los servicios disponibles en nuestra clínica. Si no desea recibir comunicaciones de marketing de nuestra clínica, marque la siguiente casilla:

☐ Por favor, no utilice mi información con fines de marketing.

Nombre del paciente (por favor, escriba en letra de imprenta):

Nombre del representante/tutor (si corresponde): _____

Firma del paciente/representante del paciente

Fecha

Firma del testigo de MHHC

Fecha